

## ГНЯВ, ДЕПРЕСИЯ И БОЛКА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

МИРОСЛАВА ПЕТКОВА доц., д-р, Тракийски Университет, Медицински Факултет, Стара Загора – Катедра “Медицинска психология и чужди езици” ВАЛЕРИ НИКОЛОВ доц., д-р, Софийски Университет, Медицински Факултет, Катедра “Химия, биохимия, физиология и патофизиология”

Резюме: Цел на настоящото изследване е да бъдат оценени гнева и депресията при пациенти с онкологични заболявания, както и влиянието им върху интензивността на болката. Методика на изследването: State-Trait Anger scale и Beck depression inventory. Изследвани са 63 пациенти. Средните равнища на гнева при изследваната група пациенти с онкологични заболявания са 31.6 (SD = 7.5), а на депресията – 9.9 (SD = 3.6). Общо при 37.2% от изследваните пациенти бяха измерени високи равнища на двата фактора – гняв и депресия. За сравнение беше включена и група пациенти с болка, които не страдат от онкологични заболявания. Сравнението между двете групи показва, че при пациентите с болка и онкологични заболявания се установяват значимо по-високи равнища на гняв в сравнение група пациентите с болка, които не страдат от онкологични заболявания. Беше установено и наличие на по-висок риск от интензивна болката при наличие на гневна predisпозиция.

Abstract: The aim of investigation was to examine anger and depression in pain patients – cancer and non-cancer and to investigate whether the anger and depression affect their pain intensity. Anger and depression were measured using the State-Trait Anger scale and Beck depression inventory. 63 patients were studied. The mean anger score was 31.6 (SD = 7.5) and for the depression this was 9.9 (SD = 3.6). Overall 37.2% of patients scored high on both anger and depression. In comparison to cancer patients investigation was involved a second group – non-cancer patients with pain. Cancer patients with pain showed a significant higher degree of anger mean. It was found a greater risk in pain intensity in the presence of anger.

ВЪВЕДЕНИЕ Онкологичните заболявания оказват значимо влияние върху соматичното и емоционалното функциониране както на пациентите, така и на техните семейства. Въпреки сериозния биомедицински прогрес в лечението на това заболяване, ракът все още в съзнанието на много хора е синоним на смърт, болка и страдание [25]. Наред с това, ракът не е просто отделно събитие с несъмнен край, а едно перманентно състояние, характеризиращо се с растяща несигурност, късни последици както от болестта, така и от нейното лечение, и не на последно място – сериозни психологични резултати [36]. Редица изследвания доказват наличието на повишена заболеваемост от психични разстройства при пациенти с рак [1,12]. В изследвания, които изучават депресията и тревожността при пациенти с гастроинтестинален рак се показва, че 17% от тях страдат тревожност, а 21% – от депресия. Освен това, оказва се, че пациентите с рак на стомаха са по-уязвими от психологичния дистрес, свързан с диагнозата в сравнение с пациентите, страдащи от колоректален рак [18,19]. Тези изследвания показват, че в хода на времето пациентите демонстрират много малки промени в равнищата си на емоционално благополучие [20]. Важно е да се отбележи също, че удовлетвореността от живота се влияе значимо от равнищата на тревожност и депресия при изследваните пациенти [21]. По-съвременните изследвания показват, че тревожността е по-често срещана при по-младите пациенти, а депресията – при тези, които са имали дълги хоспитализации [16]. Колоректалният карцином представлява вторият по честота карцином при мъжа (след

белодробния и преди стомашния) и третият при жената (след карцинома на млечната жлеза и матката). Честотата му непрекъснато нараства. 90% от болните с рак на дебелото черво са над 50 години.

Заболеваемостта е най-висока в САЩ, Канада, Австралия, Нова Зеландия. В Африка и Югоизточна Азия тя е най-малка. Според данни на СЗО заболеваемостта е повече от 940 000 новооткрити случая на година, а смъртността е над 500 000 случая. Честотата е еднаква при мъже и жени [29]. Официалните статистически данни у нас показват, че колоректален карцином е най-честото злокачествено заболяване на гастро-интестиналния тракт. През 2002 г. в България са регистрирани 252,2/100 000 случая, от които 49,1/100 000 са новооткрити. През 2003 г. броят на регистрираните случаи нараства на 269,0/100 000 случая, като новооткритите са 48,3/100 000 случая. Увеличението на новооткритите случаи се наблюдава както за рака на колона, така и за рака на ректума и ануса. Това определя значимостта и социалните щети, които търпи обществото от това заболяване. Сред многото смущения, които възникват в хода на онкологичните заболявания, болката заема специално място. Освен значително влошаване качеството на живот пациентите усещат постоянни сигнали за съществуването на злокачествено заболяване, а така също – и за евентуалният му прогрес. Не на последно място персистиращата болка може да доведе до разколебането на пациента в желанието му да посещава редовно лекуващите си лекари. Персистиращата и влошаваща се болка се усеща като знак за прогресиране и влошаване на болестта [2] и може да създаде усещане за безнадеждност поради опасенията, че краят приближава или за изгубен смисъл от живот ако трябва да се живее с такава болка [10]. Широкото разпространение на свързаната с тумора болка е добре известен проблем на пациентите и техните близки. Въпреки наличието на съвременна ефективна аналгетична терапия и широките възможности, предоставяни от напредъка на невроонкологията [11], не е постигнато значимо намаляване на ролята на болката като водещ симптом при онкоболните [34]. Повече от 70% от пациентите с рак имат средно изразена или тежка болка, която налага лечение с опиати [14]. В настоящото изследване болката заема водещо място сред стресиращите симптоми на пациентите с онкологични заболявания.

През последните 20 години се натрупана данни, внушаващи тезата за връзката между болката и разстройствата в настроението при пациентите с рак [33]. Качеството на живот при пациенти с рак на простатата, придружен с болка и без наличие на болка се изследва от Gerbershagen et al. (2008). Ahles et al. (1983) сравняват раково болни с – и без наличие на болка. Пациентите с болка показват по-високи нива на депресия, тревожност, враждебност и соматизиране на оплакванията. Болката е далеч не само ноцицептивен сигнал – тя е продукт на миналия опит. Това се пречупва в социо-културалния контекст и оценъчната система. Оценката относно причината, контрола, продължителността, изхода и вината заема важно място [6]. Автори като Lame et al. (2005) отбелязват че качеството на живот при хроничната болка е свързано в много по-голяма степен с убежденията на пациента относно болката, отколкото с нейната интензивност.

През последните десетилетия, с увеличаване процента на оцеляващите в резултат от напредъка в лечението на онкологичните заболявания, и на ранното им откриване, научните усилия се насочиха към анализ качеството на живот и психологичното функциониране по време на и след лечението, вместо единствено към проявите на болестта. Депресията, тревожността,

гнева и отричането в много изследвания биват идентифицирани като най-значимите реакции спрямо рака [23]. Демографските фактори като възраст [3], семейно положение [27] и биологични променливи като стадий на болестта и вид на лечението [7] могат да окажат влияние върху психологичните симптоми.

В много случаи пациентите с онкологични заболявания не получават адекватно лечение на болката от своите лекари. Това отчасти се дължи на недооценяване значимостта на болката за качеството на живот на пациента от страна на лекаря и считането ѝ за съпътстващ и в този смисъл не основен проблем, и отчасти на неспособността за точната ѝ оценка по същност и интензивност както от страна на лекарите, така и от страна на самите пациенти [17]. В този контекст е важно да се отбележи, че използването на болкоуспокояващи медикаменти само по себе си не винаги води до очакваното освобождаване от болката, тъй като психологичните фактори също играят важна роля в перцепцията на интензивността на болката. Където има болка, винаги има негативни емоции, които се доминират от тревожността, депресията и гнева [8]. Изхождайки от когнитивните компоненти на гнева могат да бъдат намерени редица причини за гнева на пациентите с болка.

Fernandez and Turk (1995) определят 10 основни прицела на гнева при пациентите с болка: личността, която считат отговорна за болестта им, медицинските специалисти, правната система, застрахователите, работодателите, техните близки, Бог, самите себе си и светът като цяло. Редица изследвания в областта показват че прецизната оценка на болката е от особено значение за постигането на контрол над нея и в крайна сметка за повишаване качеството на живот на пациентите със злокачествени заболявания. Оказва се обаче, че за сега няма установен достатъчно надежден метод за нейната оценка. При използване на самооценъчни и оценъчни скали обикновено е налице значима разлика. Пациентите и техните близки най-често дават по-високи оценки в сравнение с медицинските специалисти. Много автори интерпретират това като ефект от недостатъчно добрата комуникация на медиците с техните пациенти. В този смисъл от съществено значение е да се водят разговори с пациента за болките, които усеща, за тяхната същност и причини. Това обаче е само първата стъпка. Също толкова важно е да се говори за злокачественото заболяване, терапевтичните стратегии и за стратегиите за справяне, които биха били удачни за конкретния пациент. Клиничният опит в областта на психосоциалната онкология показва, че при наличие на болка е трудно да бъдат дискутирани други проблеми. Нещо повече – разговорите за рака сам по себе си биват избягвани както от пациентите, така и от медицинския персонал, и от техните близки. В процеса на психична адаптация спрямо болестта, болката често има функцията на своеобразен език на тялото, който позволява на пациента да намекне за своето страдание без директно да засяга темата за рака, а вместо това поставяйки ударение върху 599 болката. Дешифрирането на този метафоричен език и постигането на адекватен отговор на скритите намеци на пациента е една от най-трудните задачи в грижите за пациенти с онкологични заболявания. Редица изследвания показват, че несъответствието между оценките на болката, които дават самите пациенти и тези, които дава медицинския персонал намалява в същата степен, в която се подобрява комуникацията между тях [32].

В допълнение към това разликите стават по-малки след като лекарите преминават тренинг в умения за разбиране и оценяване на болката [36]. Намаляването на тези разлики може да бъде важна цел в изследването на болката по принцип. Цел на настоящото изследване е да бъдат

оценени гнева и депресията при пациенти с онкологични заболявания, както и влиянието им върху интензивността на болката. Болката и особено болката при пациенти със злокачествени заболявания не е чисто физическо преживяване, то включва много аспекти на човешкото функциониране, включително физикални, психологични и социални измерения, а така също и взаимното влияние между тях. За да бъде осветлена потенциалната връзка между болката и психо-социалните променливи трябва да бъдат идентифицирани различни сфери, а именно: физическо благополучие и дейности от ежедневието; психологично благополучие, съдържащо афективни и когнитивни фактори; качество на общуването със по-близката и по-широка социална среда; стратегии за справяне, специфично значение на болката и рака сам по себе си за отделния индивид; психологична ко-морбидност и интерперсонално благополучие включващо социална подкрепа и ролево функциониране [24]. Болката при рак може да бъде разбрана най-добре като съсредоточаване на множество активирани системи с механизми за обратна връзка, които в крайна сметка формират болковия синдром [31].